

تجارب روحی و روانی بیماران پیوند شده از ارتباط با خانواده‌های بیماران مرگ مغزی اهداکنده عضو به آن‌ها

محبوبه محمدی^۱، حیدرعلی عابدی^۲، غلامحسین عبدیزدان^۳

چکیده

مقدمه: ارتباط با خانواده بیمار مرگ مغزی برای گیرنده پیوند تجربه‌ای بدیع و همراه با واکنش‌های متفاوت است. این ارتباط به دلیل ابعاد متفاوتی که دارد، واکنش‌های مختلفی در طرفین برمی‌انگیزد. هدف این مطالعه تبیین تجارب روحی و روانی بیماران پیوند شده از ارتباط با خانواده‌های بیماران مرگ مغزی اهداکنده عضو به آن‌ها بود.

روش: این مطالعه با روش تحقیق کیفی با رویکرد پدیدارشناسی انجام شد. تجارب روحی و روانی گیرنده‌ها از ارتباط با خانواده‌های بیماران مرگ مغزی اهداکنده عضو به آن‌ها با مصاحبه بدون ساختار و عمیق مورد بررسی قرار گرفت. با مصاحبه با ۸ بیمار پیوند شده از اعضای بیماران مرگ مغزی که با خانواده آنان ارتباط داشتند، داده‌ها به اشباع رسید. این داده‌ها با روش تحلیل محتوای کیفی منطبق بر روش Colaizzi مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش را می‌توان در قالب دو مفهوم کلی اضطراب و آشفتگی فکری و روانی بعد از دریافت عضو طبقه‌بندی کرد. این دو مفهوم از مفاهیم کوچک‌تری تشکیل شدند. اضطراب شامل مفهوم‌هایی مانند اختلال در درمان، پشیمانی به خاطر اشکال در روابط، استرس و نگرانی و استرس پس از حادثه است. آشفتگی فکر و روانی بعد از دریافت عضو از مفهوم‌های درگیری فکری گیرنده با خود و افزایش فشار خون مرتبط با استرس تشکیل شده است.

نتیجه‌گیری: پیوند واقعه بزرگی است که در زندگی این بیماران اتفاق می‌افتد. اضطراب پس زدن پیوند از مسایلی است که این بیماران بعد از پیوند با آن مواجه می‌شوند. ارتباط و آشنایی با خانواده‌های اهداکنده نیز بر این اضطراب می‌افزاید. در صورت تمایل ارتباط خانواده‌های بیماران مرگ مغزی با گیرنده‌های اعضا بهتر است که این ارتباط تحت شرایط خاصی و تحت نظر روان‌شناس و روان‌پزشک انجام گردد.

کلید واژه‌ها: تجارب روحی، تجارب روانی، پیوند عضو، ارتباط، خانواده، مرگ مغزی

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۲۴

تاریخ دریافت: ۹۱/۸/۱۵

ارجاع: محمدی محبوبه، عابدی حیدرعلی، عبدیزدان غلامحسین. تجارب روحی و روانی بیماران پیوند شده از ارتباط با خانواده‌های بیماران مرگ مغزی اهداکنده عضو به آن‌ها. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۱؛ ۱ (۴): ۲۷۷-۸۳.

مقدمه

تخیلات فکری به چشم می‌خورد (۱). پیوند عضو فرایندی پیچیده می‌باشد که برای درمان بیماران مبتلا به نارسایی قلب، کبد، کلیه و پانکراس که در مراحل آخر بیماری هستند، به کار برده می‌شود (۲). پیوند عضو برای بعضی اعضا (قلب)

پیوند اعضا همواره از آرزوهای دیرینه بشر بوده است و حتی در قدیمی‌ترین آثار ایران و جهان مجسمه‌ها و تصاویری از پیوند سر انسان به بدن حیوانات یا انواع و اقسام این گونه

۱- کارشناس ارشد، گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان فوق تخصصی الزهرا (س)، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

۳- مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

Email: Mahbob_110mohammady@yahoo.com

نویسنده‌ی مسئول: محبوبه محمدی

تنها روش جایگزین عضو نارسا و برای بعضی دیگر مانند کلیه‌ها ارجح می‌باشد. در مورد کلیه با این که روش جایگزین آن یعنی دیالیز هم وجود دارد، اما پیوند به لحاظ افزایش کیفیت زندگی بیمار ارجح می‌باشد و علاوه بر آن از نظر اقتصادی نیز مقرون به صرفه می‌باشد (۱).

در حال حاضر بیش از یک میلیون نفر در جهان از درمان پیوند عضو بهره‌مند می‌باشند که بقای تعدادی از این بیماران به بیش از ۲۵ سال رسیده است و بقای ۵ ساله برای اغلب اعضای پیوندی بیش از ۷۰ درصد می‌باشد (۳). یکی از مسائلی که بیماران قبل و بعد از دریافت عضو با آن مواجه می‌شوند، مسایل روحی روانی می‌باشد (۴). در مطالعه‌های اخیر نشان داده شد که ۴۱ درصد از دریافت‌کنندگان پیوند عضو به دلیل استرس‌های روانی، اضطراب و افسردگی از کیفیت زندگی خوبی برخوردار نیستند (۵). اضطراب در این بیماران بعد از دریافت عضو می‌تواند ناشی از عوارض مصرف داروهای ایمنو ساپرسیو و یا عوامل دیگر باشد (۶). عواملی همچون ارتباط با انسان‌های دیگر برای ارضای نیازهای درونی خود که گاهی این ارتباط منجر به ایجاد ترس، استرس، اضطراب و نگرانی در آن‌ها می‌شود (۷).

دریافت‌کنندگان پیوند که از بیماران مرگ مغزی عضو دریافت کردند، ممکن است بعد از پیوند تمایل داشته باشند که با خانواده بیمار مرگ مغزی ارتباط داشته باشند. بدین طریق آن‌ها می‌توانند به خاطر ایثار، گذشت و فداکاری خانواده بیمار مرگ مغزی از آن‌ها تشکر و قدردانی کنند. اما مسأله قابل توجه این است که به طور طبیعی روند ارتباط گیرنده‌های عضو با خانواده بیمار مرگ مغزی در اکثر نقاط جهان مجهول و نامشخص است. این دو خانواده یا با یکدیگر آشنا نمی‌شوند یا آشنایی آن‌ها تحت نظارت تیم پیوند انجام می‌گیرد. از این رو دستورالعمل‌هایی در تیم پیوند وجود دارد مبنی بر این که ارتباط این دو خانواده را بدون این که آسیب، اضطراب و آشفتگی برای آن‌ها به دنبال داشته باشد، تسهیل کنند.

در برخی کشورها از جمله انگلیس تیم پیوند با رعایت احترام به دو خانواده و طبق خواسته آن‌ها این ارتباط را کنترل و نظارت می‌کنند. روند ارتباط دو خانواده در این کشور به

صورت محرمانه و به وسیله نامه‌هایی که محتوای آن‌ها توسط تیم پیوند تأیید شده باشد، صورت می‌گیرد. در صورتی که گیرنده عضو و خانواده بیمار مرگ مغزی بخواهند همدیگر را ملاقات کنند، با هماهنگی تیم پیوند و تحت کنترل آن‌ها انجام می‌شود (۸). در ایران آن طور که محقق تجربه کرده است و معمول می‌باشد، روند آشنایی به صورت محرمانه و همراه با محدودیت و نظارتی که در سایر کشورهای دنیا انجام می‌شود، نیست. این ارتباط بنا به درخواست خانواده اهداکننده و یا گیرنده توسط تیم پیوند از همان ابتدا آغاز می‌شود و همدیگر را بدون هیچ گونه نظارت و محدودیتی ملاقات می‌کنند.

پدیده ارتباط بین گیرنده عضو و خانواده بیمار مرگ مغزی به این شکل که در کشور ایران مرسوم می‌باشد، در هیچ جای دنیا مرسوم نیست. بنابراین متون و تحقیق‌های زیادی نیز پیرامون ارتباط و آشنایی (گیرنده عضو با خانواده بیمار مرگ مغزی اهداکننده) در ایران و یا سایر کشورها وجود ندارد (۹). ارتباط گیرنده‌های عضو با خانواده‌های اهداکننده می‌تواند ابعاد و پیامدهای مختلفی به دنبال داشته باشد. بنابراین این مطالعه با هدف بررسی تجارب روحی روانی گیرنده‌های عضو از ارتباط با خانواده‌های بیماران مرگ مغزی انجام شد.

روش

این مطالعه کیفی جهت تبیین تجارب روحی- روانی بیماران پیوند شده از ارتباط با خانواده‌های بیماران مرگ مغزی اهداکننده عضو انجام شد. این مطالعه به روش تحقیق کیفی با رویکرد پدیدارشناسی صورت گرفت. یکی از موارد مناسب برای کاربرد روش پدیدارشناسی پاسخ به این سؤال است که آیا نیاز به روشن‌سازی بیشتر پدیده‌های خاص وجود دارد (۱۰). از آن جایی که تحقیقی پیرامون ارتباط و آشنایی دو خانواده (گیرنده و اهداکننده عضو) در ایران و یا سایر کشورها وجود ندارد، پژوهشگران حاضر رویکرد فوق را برای بررسی تجارب اضطراب و نگرانی گیرنده‌ها از ارتباط با خانواده اهداکننده انتخاب کردند.

جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران پیوند شده از اعضای بیماران مرگ مغزی بود که با خانواده بیماران مرگ

مغزی اهداکننده ارتباط داشتند. پژوهش از فروردین سال ۱۳۹۰ آغاز شد و به مدت ۸ ماه به طول انجامید. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شد و کسانی که دارای تجربه کافی در این زمینه و علاقمند به شرکت داوطلبانه در پژوهش و هوشیار بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. در صورتی که گیرندگان پیوند از ادامه همکاری و شرکت در پژوهش منصرف می‌شدند، از پژوهش خارج می‌گردیدند. در این پژوهش تعداد ۸ گیرنده عضو که از بیماران مرگ مغزی پیوند شده بودند، شرکت داشتند. معیارهای ورود اولیه مشارکت‌کنندگان در مطالعه شامل موارد ذیل بود.

۱- گیرنده عضو حتماً از بیمار مرگ مغزی عضو دریافت کرده باشد.

۲- گیرنده عضو با خانواده بیمار مرگ مغزی اهداکننده ارتباط داشته باشد.

۳- گیرنده عضو علاقمند به شرکت در مطالعه باشد.

۴- فرد مشارکت‌کننده از نظر سن، زبان محاوره و شرایط جسمی و روانی توانایی شرکت در مصاحبه را داشته باشد. جهت جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه عمیق و بدون ساختار استفاده شد. اشباع اطلاعات با ۸ شرکت‌کننده که در محدوده سنی ۲۳ تا ۶۵ سال بودند و مدت ۶ ماه تا ۷ سال از پیوند آن‌ها گذشته بود، حاصل شد. در حین بررسی ملاحظات اخلاقی مورد توجه بود و اقدامات زیر صورت گرفت.

۱- پژوهشگران خود را به طور کامل به شرکت‌کنندگان معرفی نمودند و اطلاعات کافی در مورد این پژوهش و هدف از انجام آن را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار دادند.

۲- پژوهشگران سعی نمودند که حقوق شرکت‌کنندگان در این پژوهش را رعایت کنند. برای این امر به افراد شرکت‌کننده گفته شد که هر زمان که مایل باشند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند (۱۱).

۳- به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از آن‌ها محرمانه خواهد ماند و نتایج پژوهش بدون ذکر نام و نشان از آن‌ها منتشر خواهد شد. برای این امر هنگام پیاده کردن اطلاعات ضبط شده روی کاغذ به هر کدام از شرکت‌کنندگان یک شماره داده شد. در طی تحلیل داده‌ها و

بیان نتایج نیز فقط با همان شماره‌ها به آن‌ها اشاره شد (۱۲).

۴- در تمام مراحل اصل راستگویی، رازداری، درستی و وفاداری رعایت شد و در انتها نتایج پژوهش در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفت.

قبل از شروع مصاحبه از شرکت‌کنندگان جهت ضبط مصاحبه‌ها اجازه گرفته شد. مصاحبه‌ها بنا به درخواست گیرنده‌ها و شرایط آن‌ها در محل سکونت گیرنده‌های پیوند انجام گرفت. مدت زمان هر مصاحبه از ۴۵ تا حداکثر ۶۰ دقیقه به طول انجامید. سؤال محوری این گونه مطرح شد که چه نگرانی‌هایی را در موقع روبه‌رو شدن با خانواده بیمار مرگ مغزی تجربه کردید؟ سپس محتوای مصاحبه‌ها پس از چند بار گوش کردن توسط محقق کلمه به کلمه روی کاغذ پیاده گردید و بار دیگر با اطلاعات ضبط شده مطابقت داده شد.

صحت و دقت در مطالعه حاضر ریشه در چهار محور (ارزش واقعی، کاربردی بودن، تداوم و مبتنی بر واقعیت بودن) داشت (۱۳). بنابراین پس از انجام مصاحبه، استخراج اطلاعات و کدگذاری جهت اعتمادپذیر کردن داده‌ها، مجدد به تک‌تک نمونه‌ها مراجعه شد و موافقت آن‌ها با برداشت خود از مطالب بررسی شد. به این ترتیب ارزیابی نمونه‌ها از مطالب نسخه‌برداری شده مورد بررسی قرار گرفت و مطالب مهم احتمالی نیز مورد بحث و شفاف‌سازی قرار گرفت. بدین طریق توافق و تأیید نمونه‌ها حاصل شد.

پژوهشگران در خلال این پژوهش سعی بر این داشتند که هر گونه تعصب در مورد پدیده مورد بررسی قبل و بعد از مصاحبه از خود دور سازند. برای تحلیل داده‌ها از روش هفت مرحله‌ای Colaizzi استفاده شد. ابتدا جهت هم احساس شدن با شرکت‌کنندگان و درک محتوای مصاحبه‌های نوشته شده، در راستای سؤال پژوهش همه مطالب حاصل از پیاده کردن محتوای مصاحبه‌ها به دقت چندین بار مطالعه شد و واحدهای معنی یا همان کدهای اولیه استخراج گردید. در ادامه کار کدها به صورت دسته‌هایی سازماندهی شد. این دسته‌ها جهت تأیید اعتبار به پروتکل‌های ابتدایی ارجاع داده شد. در مرحله بعد نتایج به صورت توصیف از پدیده تحت مطالعه ترکیب شد و جهت دستیابی به مفاهیم واضح و بدون

«پیوند، عضوی از بیرون بدن ما وارد بدنم شده تا بیای آن عضو را قبول کنی و مثل عضو خودت باشی و جزء بدنت بشی، طول می‌کشد. به همین خاطر من فکر می‌کنم که اگر دو خانواده با هم ارتباط نداشته باشیم، پذیرفتن و قبول کردن آن عضو برای گیرنده‌ها راحت‌تر باشی» (شرکت‌کننده شماره ۱).

«من از وقتی که پیوند شدم، مدام فکر می‌کنم که این عضو چرا به من رسیده. نکنه این عضو با بدنم سازگار نشه. نکنه این عضو پس بزنه. مدام فکرهای عجیب و غریب دارم» (شرکت‌کننده شماره ۲).

«وقتی خواهرش با من حرف می‌زنه، من حالم بد میشه. اضطراب پیدا می‌کنم و فشار خونم بالا میره. یعنی دقیقاً فشارم ۱۹ و ۱۸ می‌شد. حتی روزی بود که ۴ تا قرص برا فشارم می‌خوردم، ولی پایین نمی‌اومد. دکترم می‌گفت این فشار خون بالا مربوط به اعصاب است و برای کلیه‌ات بد است» (شرکت‌کننده شماره ۳).

بحث

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که پیوند، واقعه‌ای بسیار بزرگ در زندگی بیمارانی می‌باشد که در مراحل انتهایی نارسایی عضو هستند. آن‌ها قبل و بعد از پیوند با مسایل و نگرانی‌های متعددی روبه‌رو می‌شوند. یکی از وظایف تیم پیوند کاهش نگرانی‌ها و اضطراب‌های این بیماران می‌باشد. با این حال ارتباط خانواده‌های بیماران مرگ مغزی اهداکننده عضو با کسانی که اعضای این بیماران را دریافت کردند، ایجاد اضطراب در گیرنده‌های اعضا می‌کند و باعث اختلال در درمان این بیماران می‌شود. لازم به ذکر است که همان طور که در مقدمه به آن اشاره شد، ارتباط گیرنده‌ها با خانواده‌های اهداکننده در هیچ جای دنیا مرسوم نمی‌باشد. بنابراین هیچ مطالعه‌ای در این رابطه تا به حال در هیچ جای دنیا انجام نشده است. بنابراین در این قسمت از منابعی استفاده شد که به نحوی با پیوند ارتباط داشتند.

Gross و همکاران در مطالعه‌ای بیان کردند که اضطراب از مشکلات ذاتی و جدا نشدن بیماری‌های مزمن است. سطح اضطراب در بیماری‌های مزمن باید به دقت بررسی و مدیریت

ابهام بازنگری شد. در پایان یافته‌ها جهت تأیید اعتبار به شرکت‌کنندگان در مطالعه ارجاع داده شد. آن‌ها نظرات خود را در مورد هماهنگی یافته‌ها با تجربیات خود به محققین ابراز نمودند و به این ترتیب صحت و دقت مطالعه به دست آمد.

یافته‌ها

یافته‌های به دست آمده شامل دو مفهوم اصلی و شش زیر مفهوم بود. مفاهیم اصلی شامل اضطراب و آشفتگی روانی و فکری بعد از دریافت عضو بود. این مفهوم اضطراب از زیر مفهوم‌های ۱- نگرانی پزشک از اختلال در درمان گیرنده عضو، ۲- پشیمان شدن گیرنده عضو از ارتباط با خانواده اهداکننده، ۳- اضطراب به دلیل دریافت اطلاعات غیر ضروری و ۴- اضطراب در موقع قرار گرفتن در محل‌های آشنایی یا استرس پس از حادثه تشکیل شده است. در این رابطه بعضی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان مرور می‌شود.

«وقتی من با مادر اهداکننده حرف می‌زنم، خیلی حالم بد می‌شه و مدام فکر می‌کنم و خواب ندارم. اضطراب پیدا می‌کنم، استرس دارم و نگران می‌شم» (شرکت‌کننده شماره ۷).

«این ارتباط برای من خیلی سخته و من تحمل ندارم. وقتی که می‌خواهم با خانواده اهداکننده روبه‌رو بشوم، دچار اضطراب و نگرانی می‌شوم» (شرکت‌کننده شماره ۵).

«من وقتی با مادر اهداکننده حرف می‌زنم، اون خیلی بی‌قراری و بی‌تابی می‌کند. خیلی گریه می‌کند و من خیلی ناراحت می‌شوم. خیلی اذیت می‌شوم و بعدش اضطراب پیدا می‌کنم» (شرکت‌کننده شماره ۸).

«من قبل از پیوند اهداکننده را در بخش مراقبت‌های ویژه دیدم و چهره آن همیشه جلوی چشم من است و می‌گم کاش آن را ندیده بودم» (شرکت‌کننده شماره ۴).

آشفتگی روانی و فکری بعد از دریافت عضو، یکی دیگر از مفاهیم اصلی در رابطه با تجربیات شرکت‌کنندگان در موقع ارتباط با خانواده‌های بیماران مرگ مغزی اهداکننده عضو بود. این مفهوم اصلی از زیر مفهوم‌های ۱- درگیری فکری گیرنده با خود و ۲- افزایش فشار خون مرتبط با استرس تشکیل شده است. در ادامه بعضی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان بیان شده است.

و درگیری‌های فکری ممکن است بعد از پیوند به وجود آید و مشکلاتی را برای بیماران ایجاد کند (۱۶). از دیگر یافته‌های این مطالعه افزایش فشار خون به دنبال استرس و اضطراب ارتباط با خانواده‌های اهداکننده بود. گیرنده‌های اعضای بیماران مرگ مغزی در مواقعی که با خانواده‌های این بیماران روبه‌رو می‌شدند و ارتباط داشتند، به دلیل گریه، بی‌قراری و بی‌تابی آن‌ها دچار اضطراب می‌شدند. به دنبال اضطراب نیز افزایش فشار خون پیدا می‌کردند. این یافته با نتایج مطالعه Gross و همکاران که بیان کرد بین تنش، استرس و اضطراب در افراد و افزایش فشار خون رابطه معنی‌داری وجود دارد، همخوانی داشت (۴). همچنین با نتایج مطالعه Qureshi و همکاران که بیان کرد استرس و تنش ناشی از امتحان بر فشار خون دانشجویان تأثیر دارد و باعث افزایش فشار خون در آن‌ها می‌شود، همخوانی داشت (۱۷).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان گفت که در صورتی که خانواده‌های بیماران مرگ مغزی اهداکننده عضو تمایل به برقراری ارتباط با گیرنده‌های اعضای اهدایی دارند، بهتر است که این ارتباط با حصول شرایط و ضوابط خاص و زیر نظر متخصصین مشاوره، روان‌شناس و روان‌پزشک انجام شود. این امر بدین علت است که در خلال این ارتباط هیچ یک از دو خانواده دچار آسیب نشوند.

تشکر و قدردانی

از کلیه بیماران پیوند شده، اعضای بیماران مرگ مغزی، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان آقای اسفندیاری، سرکار خانم دکتر خلیفه سلطانی و جناب آقای دکتر سوداوی که صادقانه و صبورانه ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

شود؛ چرا که بر نحوه درمان، پیگیری درمان و پیروی از مصرف داروها توسط بیماران تأثیر می‌گذارد (۴). Corruble و همکاران در مطالعه‌ای بیان کردند که اضطراب مقوله بسیار مهم در بیمارانی می‌باشد که پیوند شدند. این اضطراب می‌تواند روی روند درمان و نحوه پیروی از مصرف داروهای مورد استفاده بعد از پیوند تأثیر بگذارد و باعث افزایش مرگ و میر این بیماران شود (۵).

مطالعه‌ای توسط Dew و همکاران با عنوان «بررسی شیوع افسردگی و اضطراب در طول سه سال اول بعد از پیوند قلب» انجام شد. نتایج نشان داد که ۲۵/۵ درصد آن‌ها افسردگی ماژور، ۲۰/۸ درصد اختلالات مربوط به قضاوت، ۱۷ درصد استرس پس از حادثه و ۳۸/۳ درصد اضطراب داشتند (۱۴). نتایج مطالعه مسعودی علوی و همکاران نشان داد که شیوع اختلالات روانی قبل از پیوند ۱۱/۱ درصد و دو ماه بعد از پیوند ۳۶/۱ درصد است. در مجموع نیز نشان داد که میزان اضطراب و افسردگی در بیماران پیوندی شیوع بالایی دارد (۱۵). این امر نشان‌دهنده این موضوع است که اضطراب در این بیماران شایع است. ارتباط خانواده‌های اهداکننده با گیرنده‌ها نیز خود باعث تشدید اضطراب در آن‌ها می‌شود و مشکلات آن‌ها را افزایش می‌دهد. همین امر چه بسا روی پیگیری درمان و نحوه مصرف داروها توسط بیماران تأثیر خواهد گذاشت.

یکی از موارد دیگری که در این مطالعه به دست آمد، آشفتگی فکر و آشفتگی روانی بعد از پیوند بود. مطالعه‌ای که توسط Dew و همکاران انجام شد، این مسأله را تأیید نمود (۱۴). بیماران بعد از پیوند ممکن است دچار آشفتگی‌های فکری، اختلالات روانی و اختلال در قضاوت شوند و به راحتی با عضوی که پیوند شده است، سازگار نشوند. آشفتگی فکر در بیماران بعد از پیوند باعث کاهش کیفیت زندگی در آن‌ها خواهد شد.

Madson و Silverman بیان کردند که اختلالات روانی

References

1. Marashi Sh. Organ transplantation in Iran. Journal of Foundation for Special Diseases 2003; 17: 10-3. [In Persian].
2. Urden LD, Stacy KM, Lough ME. Critical care nursing: diagnosis and management. 6th ed. Louis, Mo: Mosby/Elsevier; 2010.
3. Ghadi pasha M, Nikian E, Salehi M, Tajedini Z. The study of physican attitude concerning organ donation and

- the level of information about laws and sanctions and the procedure in brain death. *Sci J Forensic Med* 2008; 14(2): 112-6.
4. Gross CR, Kreitzer MJ, Thomas W, Reilly-Spong M, Cramer-Bornemann M, Nyman JA, et al. Mindfulness-based stress reduction for solid organ transplant recipients: a randomized controlled trial. *Altern Ther Health Med* 2010; 16(5): 30-8.
 5. Corruble E, Durrbach A, Charpentier B, Lang P, Amidi S, Dezamis A, et al. Progressive increase of anxiety and depression in patients waiting for a kidney transplantation. *Behav Med* 2010; 36(1): 32-6.
 6. Doug E. ACCN'S critical care nursing. Philadelphia, PA: Elsevir. 2010.
 7. Rahimniya F, Hasanzadeh F. The moderating of organizational justice on perception of organization politics and communication apprehension. *Pagoresh name modiriyat tahavol*, 2009; (2): 21-45.
 8. National Health Service. Donor family care policy [online]. [cited 2006]; Available from: URL: http://www.organdonation.nhs.uk/about_transplants/donor_care/donor_family_care_policy/donor_family_care_policy_version2_23032005.pdf
 9. Abedi H, Mohammadi M, Abdeyazdan Gh. The experience of brain death patients' families regarding communication and familiarity with the family and the receptor of the body tissue. *Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology* 2012; 1(13): 90-8.
 10. Salsali M, Parvizi S, Adib hajbagheri M. Qualitative research methods. Tehran, Iran: Boshra; 2003.
 11. Abedi H, Hossini N, Shahriyari M, Kazemi M, Keshvari M. Nursing and midwifery research. Isfahan, Iran: Publishing of Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan) Branch; 2008.
 12. Abedi H. Qualitative research methods in clinical sciences. *Journal of Qualitative Research Special Center of for Strategic Research*. Rahbord 2010; 19(54): 207-24.
 13. Carol B, Sharon C. Introduction to nursing research incorporating evidence-based practice. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Learning; 2010.
 14. Dew MA, Kormos RL, DiMartini AF, Switzer GE, Schulberg HC, Roth LH, et al. Prevalence and risk of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics* 2001; 42(4): 300-13.
 15. Masoudi Alavi N, Sharifi K, Aliakbarzadeh Z. Depression and anxiety in patients undertaken renal replacement therapy in Kashan during 2008. *Feyz* 2009; 12(4): 46-51.
 16. Madson AT, Silverman MJ. The effect of music therapy on relaxation, anxiety, pain perception, and nausea in adult solid organ transplant patients. *J Music Ther* 2010; 47(3): 220-32.
 17. Qureshi F, Alam J, Khan MA, Sheraz G. Effect of examination stress on blood cell parameters of students in a Pakistani medical college. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2002; 14(1): 20-2.

Emotional and Psychological Experiences of Transplanted Patients in Communicating with Families of Brain-dead Donors

Mahbubeh Mohammadi¹, Heidar Ali Abedi², Gholam Hossein Abd Yazdan³

Received date: 05.11.2012

Accept date: 14.12.2012

Abstract

Introduction: Transplanted patients' communication with the families of brain-dead donors is a new experience, which provokes different reactions in both sides due to its different dimensions. The aim of this study was to clarify emotional and psychological experiences of transplanted patients in communicating with brain-dead donors' families.

Method: This study was a qualitative research conducted using the phenomenology approach. The experiences of transplanted patients were studied using unstructured and in-depth interviews. Data saturation was reached by interviewing 8 transplanted patients who communicated with the brain-dead patients' families. Data were analyzed using qualitative content analysis based on Colaizzi's method.

Results: The findings of this survey can be classified into two general concepts of anxiety, and psychological and mental disturbances after receiving the organ. These two concepts consist of smaller concepts. Anxiety consists of concepts such as complicated therapy, regret due to relationship problems, stress and worry, and stress after the incident. Mental and psychological disturbances after receiving the organ consist of the recipient's mental challenges with her/himself, and increase in blood pressure due to stress.

Conclusion: Transplantation is an important event occurring in the life of these patients. The anxiety of the possible failure of transplantation is a problem that these patients are exposed to after transplantation. Communication and familiarity with the donor's family also increase this anxiety. If the brain-dead donor's family wishes to communicate with the organ recipient, it is better to start this relationship under special conditions and the supervision of a psychologist.

Keywords: Emotional experience, Psychological experience, Organ transplantation, Communication, Family, Brain death

Type of article: Original article

Citation: Mohammadi M, Abedi HA, Hossein Abd Yazdan Gh. Emotional and Psychological Experiences of Transplanted Patients in Communicating with Families of Brain-dead Donors. J Qual Res Health Sci 2013; 1(4): 277-83.

1- Department of Nursing Education, Alzahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, Khorasgan branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

3- Lecturer, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University Khorasgan (Isfahan) branch, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Mahbubeh Mohammadi, Email: Mahbob_110mohammady@yahoo.com